



Brustkrebs

verursachte – Pilzinfektion (vielleicht) vermeiden können.

Gegen die Schmerzen und/oder Krämpfe, unter denen Sie leiden, verordnet Ihre Ärztin/Ihr Arzt krampflösende Medikamente und Schmerzmittel.

Sie selbst können natürlich viel trinken, das schwemmt die Bakterien aus der Blase aus und unterstützt so die antibiotische Therapie. Spezielle Blasentees sind in der Apotheke erhältlich. Auch Preiselbeersaft und Tees aus Birken-, Brennnessel- oder Bärentraubenblättern unterstützen die Therapie.

Viele Frauen wissen, dass sie besonders in der kalten Jahreszeit immer warm genug angezogen sein müssen, um keinen Harnwegsinfekt zu bekommen, auch wenn es dafür keinen wissenschaftlichen Nachweis gibt. Wenn es für Sie nützlich ist, dann tun Sie es trotzdem. Nach dem Schwimmen sollte immer gleich das nasse Badezeug gegen trockenes eingetauscht werden. Trinken Sie immer genug, entleeren Sie Ihre Blase häufig und achten Sie darauf, bei den ersten Anzeichen eines Harnwegsinfekts eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen. Sollten Sie nicht häufiger als dreimal im Jahr einen unkomplizierten Harnwegsinfekt bekommen, kann die Behandlung immer auf die gleiche Weise erfolgen. Wenn der leidige Harnwegsinfekt allerdings öfter auftritt, sollten Sie gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt überlegen, welche Möglichkeiten Ihnen zur dauerhaften Heilung Ihres Harnwegsinfektes offen stehen. So helfen etwa manchmal Antibiotikakuren, die über Monate durchgeführt werden. Die Erfolgsrate ist allerdings leider recht gering. Vielleicht liegt es aber an anderen Dingen, die den häufigen Harnwegsinfekt begünstigen. Dann ist es sinnvoll, eine Urologin/einen Urologen aufzusuchen, um weitere diagnostische Schritte zu setzen.

Damit sind wir wohl bei dem Thema angekommen, vor dem viele Frauen sehr große Angst haben. Die Sorge, an Krebs zu erkranken, ist hoch. Viele Frauen fürchten sich am meisten davor, an Brustkrebs zu erkranken. Wenn man einen Blick auf die Sterbestatistik wirft, wird aber rasch klar, dass etwa 50 Prozent der Bevölkerung an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung verstirbt, aber nur 25 Prozent an einer Krebserkrankung. Ganz aktuelle Zahlen zeigen allerdings eine Änderung: Seit kurzem haben Krebserkrankungen die Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Sterbestatistik überholt und stehen nun an erster Stelle. Krebserkrankungen sind in der Öffentlichkeit allerdings wesentlich präsenter als Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deshalb sind auch die Ängste vor Krebs größer. Gerade bei Brustkrebs, der häufigsten Krebsform bei Frauen, haben viele Frauen Angst davor, entstellt zu werden, eines wichtigen Symbols ihrer Weiblichkeit beraubt zu werden – auch wenn Brustamputationen durch eine bessere Früherkennung heute nur mehr in etwa 15 Prozent der Fälle notwendig sind. Auch der Verlust der Haare aufgrund einer Chemotherapie macht natürlich Angst.

Krebs entsteht, wenn Körperzellen entarten, sich also nicht so entwickeln wie sie sollten. Jede Zelle in unserem Körper hat ein Ablaufdatum. Wenn sie dieses Ablaufdatum erreicht hat, stirbt sie und wird durch eine gesunde Zelle ersetzt. Krebszellen fehlt dieses Ablaufdatum, sie sterben nicht, sondern werden zu „bösen“ Zellen, die sich mit anderen solchen Krebszellen zusammenrotten, um – wie etwa bei Brust- oder Gebärmutterhalskrebs – Tumoren zu bilden. Solche Tumoren sind erst einmal winzig. Um überleben zu können, bauen sie sich ein Netz von Blutgefäßen auf, um sich mit Nahrung zu versorgen. Aber die bösartigen Tumoren ernähren sich nicht nur über die Blutgefäße, sie schicken auch ihre Verwandten in unser Blutgefäßsystem, damit

sie sich in anderen Teilen unseres Körpers breitmachen und sogenannte Metastasen bilden. Unglücklicherweise ist dieses System sehr wirksam, sodass mit wirklich schweren Kalibern gekämpft werden muss, um Krebszellen abzutöten. Denn auch unser ansonsten so wirksames Immunsystem kann hier nicht eingreifen, denn die Krebszellen sind ja trotz allem unsere eigenen Körperzellen, werden also nicht als fremd und feindlich erkannt.

Nicht immer bedeutet eine Tumorentfernung, dass die Krankheit besiegt ist. Denn schon in einem sehr frühen Stadium kann der sogenannte Primärtumor – also etwa der Knoten in der Brust – bereits Mikrometastasen auf den Weg geschickt haben, die nur darauf warten, sich in anderen Organen niederzulassen. Deshalb ist eine Operation meist auch nur der erste Schritt im Rahmen einer Krebsbehandlung.

Bevor wir uns die Einzelheiten dieses Kapitels stürzen, möchte ich Sie unbedingt auf einen populären Irrtum aufmerksam machen. Gerne wird etwa erklärt, dass zu viel Stress, die falsche Lebensweise, Ängste oder anderes, Krebs verursachen können. Es wird immer wieder auch kolportiert, dass es eine „Krebspersönlichkeit“ gebe. DAS IST FALSCH! Es gibt keine Krebspersönlichkeit und Krebs bekommen Sie, wenn Sie die Anlagen dafür haben, Umweltgiften ausgesetzt sind oder auch, ohne dass dafür eine Ursache gefunden werden kann. Keinesfalls sind Sie selbst schuld, wenn Sie eine Krebserkrankung bekommen. Niemand ist an einer Krankheit „schuld“. Es ist mir wichtig, darauf hinzuweisen, weil gerade derzeit so heftig über eine gesunde Lebensweise diskutiert wird. Dagegen ist sicherlich nichts einzuwenden. Aber auch dann, wenn alle Welt super gesund leben würde, wenn unsere Umwelt total sauber wäre, und niemand sich – etwa beim ungeschützten Sex – riskant verhalten würde, würden Menschen an verschiedensten Krankheiten leiden – auch an Krebs.

Überblick

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Österreich erkranken jedes Jahr rund 5.000 Frauen an einem Mammakarzinom (Mamma, lat. Brust, Karzinom, lat. Bösartiges Geschwür). 95 Prozent der Neuerkrankungen treten spontan auf, das bedeutet, weder Mutter, noch Geschwister oder Großmutter sind vorher bereits an einem Mammakarzinom erkrankt. Nur für fünf Prozent der Betroffenen gilt, dass Sie eine erbliche Veranlagung für Brustkrebs haben. Diese genetische Veränderung ist bekannt – zwei Gene werden dafür verantwortlich gemacht. Sie heißen BRCA1 und BRCA2 – Breast Cancer 1- und Breast Cancer 2-Gen (Breast Cancer, engl. Brustkrebs). Auf diese genetischen Veränderungen und die besondere Situation, in der sich Frauen befinden, bei denen diese Mutation nachgewiesen wurde, werde ich später noch genauer eingehen.

Früherkennung

Selbstuntersuchung

Es gibt mehrere Möglichkeiten, einen Tumor in der Brust zu entdecken. Eine dieser Möglichkeiten ist die regelmäßige Selbstuntersuchung Ihrer Brüste. Wie das gemacht wird, sehen Sie nachstehend erklärt. Viele ÄrztInnen raten dazu. Was Sie allerdings wissen sollten, bevor Sie regelmäßig Ihre Brüste abtasten: Die Selbstuntersuchung hat in vielen Studien keinen großen Nutzen im Hinblick auf die frühe Entdeckung eines Tumors gezeigt. Denn wenn Sie einen Tumor bereits ertasten können, ist er schon relativ groß, das bedeutet, er ist bereits in einem fortgeschrittenen Stadium.

Wenn Sie Ihre Brüste trotzdem regelmäßig abtasten wollen, sehen Sie nachstehend, wie das geht. Und führen Sie die Selbstuntersuchung bitte einige Tage

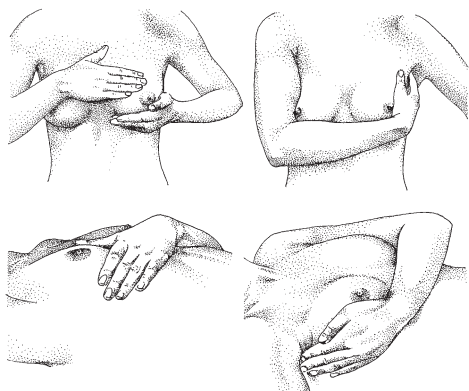


nach dem Ende ihrer Regelblutung durch (drei bis vier Tage).

Stellen Sie sich vor einen Spiegel bei guter Beleuchtung und betrachten Sie Ihre Brust bei locker herabhängenden Armen. Nehmen Sie sich Zeit und achten Sie auf Veränderungen der Brustwarzen (zum Beispiel Einziehungen), der Brustgröße, der Form der Brüste. Hat die Brusthaut sich verändert? Zum Beispiel Einziehungen der Haut, Vorwölbungen, Rötungen oder Bildung einer sog. Orangenhaut mit sichtbaren Poren.

Wiederholen Sie das Ganze mit erhobenen Armen. Heben Sie die Arme mehrmals ganz langsam an, achten Sie vor allem auf die Brustwarzen, ziehen sie sich nach innen? Dies ist aber nur von Bedeutung, wenn die Warzen sich ungleichmäßig einziehen. Zieht sich die Haut an anderen Stellen ein? Achten Sie auch auf den Unterrand der Brust, die sog. Umschlagsfalte.

Tasten Sie zunächst im Stehen. Tasten Sie mit flach aufliegender Hand, die Finger gegeneinander bewegend (Klavierspielen) systematisch die ganze Brust ab. Teilen Sie gedanklich die Brust durch eine senkrechte und eine waagerechte Linie in vier



Tastuntersuchung

Kreissegmente (Tortenviertel) und untersuchen Sie die Segmente, Fachausdruck Quadranten, nacheinander. Untersuchen Sie jeweils mit der gegenüberliegenden Hand. Beginnen Sie jeweils immer oben außen und untersuchen Sie einen Quadranten nach dem anderen. Am besten beginnen Sie mit dem Tasten am Unterrand des jeweiligen Quadranten. Oben außen ist die Brust meist dichter und knotiger als im den anderen Bereichen. Besonders jüngere Frauen haben manchmal ein sehr dichtes und knotiges Brustgewebe, die allermeisten Knoten sind aber gutartig. Nicht die Knoten an sich sind das Problem, sondern deren Veränderung. Prägen Sie sich deshalb den Tastbefund Ihrer Brust gut ein.

Zum Schluss noch die Untersuchung der Achselhöhlen im Stehen: Heben Sie zunächst den Arm bis zur Hälfte an, legen Sie drei Finger der gegenüberliegenden Hand in die Achselhöhle und lassen Sie den Arm ganz locker hängen. Tasten Sie vorne und hinten und vor allem oben gegen die Wand des Brustkorbes und achten Sie auf derbe Knoten. Tastbare Lymphknoten sind nichts Besonderes. Auffällig sind Knoten über 1 cm, ungleiche Befunde auf beiden Seiten und vor allem neue Knoten. Es gibt viele Ursachen für vergrößerte Lymphknoten, die meisten Veränderungen sind harmlos. Wenn Sie auffällige Knoten tasten, zeigen Sie sie Ihrem Hausarzt. Es kommt sehr selten vor, dass sich Brustkrebs zuerst über die Achsellymphknoten zeigt, ohne dass sich in der Brust ein Knoten findet und die Mammographie unauffällig ist. Seien Sie also nicht beunruhigt über jeden tastbaren Lymphknoten.

Wiederholen Sie das Ganze im Liegen. Besonders die unteren Partien der Brust lassen sich oft im Liegen besser untersuchen.

Wiederholen Sie ebenfalls die Untersuchung der Achselhöhlen im Liegen, zuerst den Arm abspitzen, die Finger anlegen, dann den Arm an den Körper anlegen und gegen den Brustkorb tasten.

Die Beschreibungen wurden mir freundlicherweise von der Website www.brustkrebsinfo.de zur Verfügung gestellt.

Mammographie

Die zweite und noch immer heftig diskutierte Früherkennungsmaßnahme ist die regelmäßige Mammographie. Soll diese Untersuchung überhaupt gemacht werden? Ab wann soll sie gemacht werden? Wie oft soll sie gemacht werden? Und wie sinnvoll ist die regelmäßige Mammographie überhaupt? In Österreich wird von einigen ExpertInnen seit Jahren ein regelmäßiges Mammographie-Screening gefordert. Ab 50 sollen sich Frauen alle zwei Jahre lang die Brust röntgen lassen. Andere ExpertInnen bestreiten hingegen den Wert eines Mammographie-Screenings und lehnen solche Reihenuntersuchungen ab. Viele ForscherInnen sind zudem der Ansicht – der ich als Medizinerin durchaus zuneige –, dass mit Zahlen die Ängste der Frauen geschürt werden. So wird etwa gerne zitiert: Eine von zehn Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Das stimmt so einfach nicht. Diese Information wird Ihnen aber gerne vorenthalten. Lassen Sie uns also einmal hinter die Kulissen dieser gerne verwendeten Zahl schauen: Eine von zehn, das klingt viel, oder? Aufgedröselte bedeutet es aber Folgendes: In der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren erkrankt eine von 2.169 Frauen. In der Altersgruppe bis 50 Jahren erkrankt eine von 61 Frauen, in der Altersgruppe zwischen 50 und 80 Jahren ist es eine von elf Frauen und ab 85 Jahren erkrankt eine von neun Frauen. Wenn man das hochrechnet, ergibt sich die Zahl eine von zehn. Das alterstypische Risiko ist aber viel geringer.

Studien haben zudem ergeben, dass der Nutzen regelmäßiger Reihenuntersuchungen mit Hilfe der Mammographie weit geringer ist, als gerne propagiert wird: Bis zu 25 Prozent weniger Todesfälle gebe es, wenn alle Frauen über 50 regelmäßig zur Mammographie gingen, heißt es in vielen Berichten. Das ist so nicht ganz korrekt. Dazu muss ich Sie kurz in die Welt der relativen und der absoluten Zahlen einführen. Denn nur so wird verständlich, wie eine Risikoreduktion von 25 Prozent zusammenkommen kann.

Relative und absolute Zahlen

Von 1.000 Frauen sterben – ohne Mammographiescreening – acht an Brustkrebs. In einer Gruppe von 1.000 Frauen, die ein Mammographiescreening absolviert haben, sterben sechs an Brustkrebs. In relativen Zahlen berechnet, ist dies tatsächlich eine Risikoreduzierung von 25 Prozent und das geht so: Acht Frauen sind 100 Prozent, vier Frauen sind 50 Prozent und zwei Frauen sind eben 25 Prozent. Und es hört sich ja auch großartig an, wenn man sagen kann, eine Maßnahme wie die Mammographie verringert die Brustkrebssterblichkeit um 25 Prozent – in absoluten Zahlen liegt diese Risikoreduktion aber nur bei 0,02 Prozent – und das geht so: zwei Frauen geteilt durch 1000 Frauen ergibt 0,02 Frauen, die durch ein regelmäßiges Mammographiescreening weniger sterben. Und das ist schon deutlich weniger beeindruckend, oder?

Früherkennung, nicht Vorsorge

Ganz abgesehen davon, stellt die Mammographie, auch wenn das immer wieder so dargestellt wird, keine „Vorsorgeuntersuchung“ dar, denn eine Vorsorgeuntersuchung bedeutet, dass eine Krankheit durch diese Untersuchung verhindert werden kann. Das kann die Mammographie nicht. Sie liefert höchstens den Nachweis eines Tumors in einem sehr frühen Stadium, so dass eine Heilung in vielen Fällen noch möglich ist, kann aber keine Brustkrebserkrankung verhindern!



Nicht zuletzt sind falsch positive Befunde ein Problem bei der Mammographie: Zwischen fünf und acht solcher falsch positiver Befunde kommen auf 100 Mammographien – das bedeutet, dass fünf bis acht Befunde ein Karzinom anzeigen, obwohl gar keines da ist. Die Betroffenen müssen sich dann weiteren belastenden Untersuchungen unterziehen, bevor sie sicher sein können, nicht an Brustkrebs erkrankt zu sein.

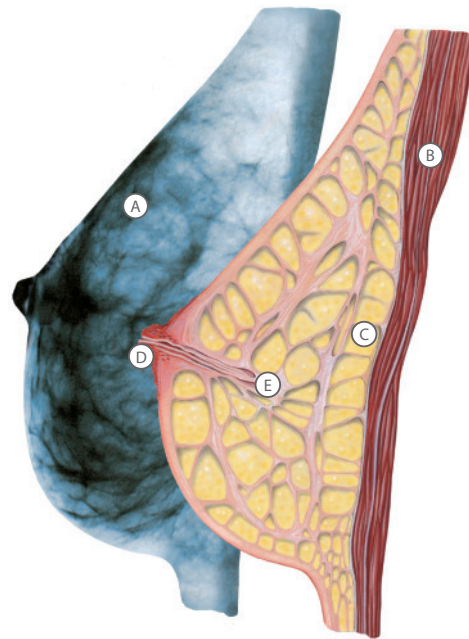
Ich will die Mammographie auf keinen Fall verdammen, ich denke aber, jede Frau sollte die Fakten kennen, bevor sie sich einer solchen Untersuchung unterzieht. In Österreich wird die Mammographie meist durch eine Ultraschalluntersuchung ergänzt, was die Genauigkeit der Untersuchung erhöht.

Bei einer Mammographie handelt es sich um eine Röntgenuntersuchung der Brust. Dabei wird die Brust zwischen zwei Glasplatten gepresst und dann mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Das kann schmerzhaft sein, etwa bei sehr kleinen Brüsten. Im Anhang finden Sie Adressen und Infos über ÄrztInnen, die eine besonders „sanfte“ Mammographie anbieten.

Und so sieht ein Mammogramm, also die mittels Röntgenstrahlen untersuchte Brust mit und ohne Tumor aus.

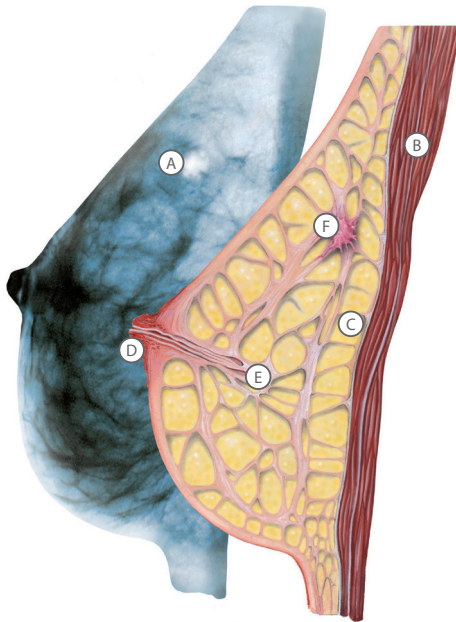
Auch die Tastuntersuchung der Brust bei Ihrem jährlichen Besuch Ihrer Frauenärztin/Ihres Frauenarztes stellt einen Teil der Früherkennung von Brustkrebs da. Wie für die Selbstuntersuchung muss allerdings auch hier gesagt werden, dass diese Untersuchung keine gute Früherkennung darstellt.

Auch mit all den vorhandenen Früherkennungsmaßnahmen kann nur ein Teil der Tumore in einem frühen Stadium entdeckt werden. Sehr oft ist die Feststellung eines Tumors Zufall im Rahmen einer anderen Untersuchung.



Schematische Darstellung und Röntgenbild einer weiblichen Brust

- Ⓐ Röntgenaufnahme einer weiblichen gesunden Brust
- Ⓑ Brustmuskel
- Ⓒ Fettgewebe
- Ⓓ Brustwarze
- Ⓔ Milchgänge



Schematische Darstellung und Röntgenbild einer weiblichen Brust

- Ⓐ Röntgenaufnahme einer weiblichen Brust mit Mammakarzinom
- Ⓑ Brustmuskel
- Ⓒ Fettgewebe
- Ⓓ Brustwarze
- Ⓔ Milchgänge
- Ⓕ Tumor

Diagnose

Wenn Sie selbst einen Tumor in der Brust entdeckt haben, oder im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung ein Gewächs gefunden wurde, folgt eine ganz exakte Diagnose, um abzuklären, ob es sich um ein Mammakarzinom handelt. Denn in vielen Fällen, in denen Tumoren (alle Gewächse heißen erst einmal Tumor – zumindest in der medizinischen Fachsprache. So ist etwa auch ein Pickel oder eine Warze ein Tumor. Tumor sagt noch nichts darüber aus, ob das Gewächs gut- oder bösartig ist.) entdeckt werden, stellen sie sich nach einer umfassenden Untersuchung als gutartig heraus.

Versuchen Sie also nicht in Panik zu geraten, falls Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt sagt, sie/er hätte einen Tumor in Ihrer Brust entdeckt. Mehr als drei Viertel aller Tumoren in der Brust sind gutartige Veränderungen, die nichts mit Krebs zu tun haben. Wann immer Sie allerdings eine solche Veränderung entdecken, sollten Sie diese ärztlich untersuchen lassen. Was passiert alles bei der Diagnose eines Gewächses in der Brust?

Eine lege artis (das bedeutet, nach dem letzten medizinischen Wissensstand) durchgeführte Untersuchung besteht aus vier Teilen:

1. Tastuntersuchung durch die Ärztin/den Arzt
2. Mammographie
3. Ultraschalluntersuchung
4. Gewebeentnahme aus dem Knoten (Biopsie) zur genaueren histologischen Untersuchung des Gewebes.

Nach einem ausführlichen Gespräch mit Ihnen, werden einige oder alle diese diagnostischen Schritte durchgeführt. Nicht alle Untersuchungen müssen erfolgen, wenn die Ärztin/der Arzt klar feststellen kann, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine gutartige Veränderung der Brust vorliegt. Wenn Sie auf Nummer sicher gehen wollen, lassen Sie eine Biopsie durchführen – das ist nur wenig schmerzhaft



und gibt absolute Sicherheit über die Art des Gewebes, das die Veränderung ausmacht.

Wenn sich bei den Untersuchungsmethoden schließlich herausstellt, dass Sie tatsächlich an Brustkrebs erkrankt sind, so ist das erst einmal ein Schock. Sie müssen jetzt nicht nur damit fertig werden, an einer potenziell tödlichen Erkrankung zu leiden, Sie müssen sich auch rasch mit allen Aspekten der Behandlung auseinandersetzen, denn je schneller behandelt wird, desto besser ist die Prognose.

Das ist nicht leicht. Am besten gehen Sie nach der Diagnosemitteilung erst einmal nach Hause, um den Schock zu verdauen. Meist vereinbaren Sie dann für die nächsten Tage einen weiteren Termin mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen. In Österreich gilt die Krebsbehandlung weltweit als führend. In jedem Bundesland wurden in den vergangenen Jahren Brustkrebsbehandlungszentren aufgebaut, wo Sie in sehr guten Händen sind. Auch Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie in ein solches Behandlungszentrum überweisen (Informationen und Adressen im Anhang).

Wenn Sie das Zentrum zum ersten Mal aufsuchen, ist es gut, eine vertraute Person mitzunehmen. Zum einen hilft es Ihnen, wenn Sie dem, was auf Sie zukommt, nicht allein entgegentreten müssen, zum anderen werden Sie wahrscheinlich aufgeregt sein. Da ist es hilfreich, eine zweite Person dabeizuhaben, die jene Fragen stellen kann, an die Sie in Ihrer Aufregung gerade nicht denken können. Bevor Sie ein solches Zentrum zum ersten Mal aufsuchen, notieren Sie sich bitte alle Fragen, die Sie stellen wollen, damit Sie dann nicht heimgehen und das Gefühl haben, unaufgeklärt zu sein.

In einem Zentrum sprechen Sie mit einer Fachärztin/einem Facharzt für Onkologie (das ist die Wissenschaft von der Krebsbehandlung) – sie/er ist erste Ansprechpartnerin/erster Ansprechpartner für alle Ihre Fragen. Nehmen Sie sich Zeit und gehen Sie erst, wenn Sie das Gefühl haben, auf alle wesentlichen Fragen eine Antwort bekommen zu haben.

Und lassen Sie sich nur dort behandeln, wo Sie sich aufgehoben fühlen und den BehandlerInnen Vertrauen schenken können. Schließlich geht es um Ihren Körper und Ihre Gesundheit – die sollten Sie nur denjenigen anvertrauen, denen Sie auch trauen können. Eine gute Onkologin/ein guter Onkologe nimmt sich Zeit für Sie, „schasselt“ Sie nicht ab und beantwortet alle Ihre Fragen so ausführlich wie notwendig.

Scheuen Sie sich auch nicht, eine zweite Meinung einzuholen – eine gute Onkologin/ein guter Onkologe wird darüber nicht verärgert sein, sondern Sie darin unterstützen.

In weiterer Folge wird Ihnen Ihr Behandlungsteam vorgestellt, das aus OnkologInnen, StrahlentherapeutInnen, ChirurgInnen, GynäkologInnen und InternistInnen besteht. Mit diesem Behandlungsteam legen Sie gemeinsam Ihre Behandlungsstrategie fest.

Natürlich ist es außerdem sinnvoll, wenn Sie sich selbst informieren. Die Österreichische Krebshilfe bietet in allen Bundesländern Beratungszentren an. Es ist vielleicht auch sinnvoll, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Und Sie können im Internet recherchieren. Dies kann jedoch schwierig sein. Es findet sich – gerade zum Thema Krebs – ausgesprochen viel Blödsinn, ja sogar gefährlicher Unsinn im Netz. Im Anhang habe ich für Sie eine Liste von seriösen Anbietern von Information für Sie zusammengestellt.

Weder bei Brustkrebs noch bei anderen Krebsformen kann von „einer“ Therapie gesprochen werden. Stattdessen geht der Weg immer stärker hin zu einer individualisierten Therapie. Das bedeutet – jede Patientin wird anders behandelt, je nach Konstitution, Alter, Art des Krebses und Prognose. Denn Brustkrebs ist definitiv nicht gleich Brustkrebs. Die Forschung arbeitet auf Hochtouren, um zu lernen, wie Brustkrebs entsteht, wie er ausgebildet ist und welche unterschiedlichen Formen des Mammakarzinoms es gibt. Bis dato werden bereits mehrere Arten von Brustkrebs unterschieden. Man unterscheidet je nach Lage des Tumors, dem Stadium sowie der Gewebestruktur, mehrere Arten von Brustkrebs.

Diese unterschiedlichen Formen werde ich nachfolgend beschreiben und Ihnen erläutern, warum diese Unterschiede für die Therapie wesentlich sind.

- *Duktales Karzinom (75 Prozent aller Brusttumoren)*
- *Lobuläres Karzinom*
- *Inflammatorisches Karzinom*
- *Paget Karzinom*

Duktales Karzinom

Das duktales Karzinom beginnt in einem Milchgang der Brust zu wachsen (Duktus, lat. Gang). Es ist der häufigste bösartige Tumor der Brust. Wenn der duktales Tumor bereits über die Milchgänge hinausgewachsen ist – und das ist bei der Entdeckung dieses Krebses meist der Fall – und sich in das umliegende Gewebe ausgebreitet hat, sprechen MedizinerInnen von einem invasiven Karzinom (invasiv, lat. eindringend).

Lobuläres Karzinom

Das lobuläre Karzinom beginnt in den Drüsenläppchen der Brust zu wachsen (Lobus, lat. Läppchen). Auch hier gilt, wenn der Tumor über ein Läppchen hinauswächst, liegt ein invasives lobuläres Karzinom vor.

Inflammatorisches Karzinom und Paget Karzinom

Eine Inflammation ist eine Entzündung, ein inflammatorischer Tumor in der Brust ist also ein Tumor, der entzündlich ist und sich rasch im Gewebe ausbreitet. Dies ist ein seltener Tumor, ebenso wie das Paget-Karzinom, das von einem bereits bestehenden Tumor in den Milchgängen ausgeht

und an der Brustwarze Hautveränderungen verursacht.

Entfernung des Tumors

Meist steht an erster Stelle des Therapieprogramms die Entfernung des Tumors im gesunden Gewebe. Das bedeutet, es wird nicht nur der Tumor entfernt, sondern auch etwa ein Zentimeter gesundes Gewebe rund um den Rand des Tumors. Damit kann die Chirurgin/der Chirurg sicher sein, den gesamten Tumor entfernt und keine Überreste zurückgelassen zu haben.

Wenn der Tumor bei der Diagnosestellung schon zu groß ist, um bei einer Operation brusterhaltend zu arbeiten, wird häufig schon vor dem Eingriff eine Chemotherapie durchgeführt. Dies wird als neoadjuvante Chemotherapie bezeichnet (adjutant, lat. ergänzend), es wird also eine zur Operation ergänzende Therapie durchgeführt, die vor dem Eingriff stattfindet („neo“ – lat. neu, in diesem Sinn: vorher). In Österreich werden etwa 80 Prozent aller Tumorentfernungen brusterhaltend durchgeführt, weshalb das Land unter anderem auch als führend in der Brustkrebsbehandlung gilt.

Auch nach dem Eingriff ist die Krebstherapie noch nicht vorbei. Zuerst wird der entfernte Tumor genauestens untersucht. Im Krankenhaus führt diese Untersuchungen eine Fachärztin/ein Facharzt für Pathologie durch (Pathologie, lat. krankhaft). Und jetzt wird es ein wenig kompliziert. Denn es wird eine sogenannte TNM-Klassifikation durchgeführt, um den Tumor und das Krankheitsstadium näher zu bestimmen. Was das ist, lesen Sie jetzt.



TNM-Klassifikation

TNM ist eine der in der Medizin so gerne verwendeten Abkürzungen: T steht für Tumor, N steht für Node (engl. Knoten – gemeint sind hier die Lymphknoten) und M steht für Metastasen. Die Einteilung des Tumors mit Hilfe der TNM-Klassifikation wird Staging genannt, das bedeutet Einstufung.

Beim T – also dem Tumor geht es um die Größe, mit denen das Krankheitsstadium bestimmt wird.

- T1: Tumor ist kleiner als 2 cm
- T2: Tumor ist größer als 2 aber kleiner als 5 cm
- T3: Tumor ist größer 5 und kleiner 10 cm
- T4: Der Tumor ist unterschiedlich groß, dehnt sich aber direkt bis zur Brustwand oder Haut aus

Beim N – also den Lymphknoten geht es darum, ob, welche und wie viele Lymphknoten bereits vom Tumor betroffen sind.

- N0: Es sind keine Lymphknoten betroffen
- N1: Die Lymphknoten der Achselhöhlen sind bereits vom Tumor befallen
- N2: Die Lymphknoten in der Achselhöhle sind bereits miteinander oder mit anderen Strukturen im Körper verbunden
- N3: Die Lymphknoten entlang der Brustarterie sind bereits befallen

Und beim M – den Metastasen wird untersucht, ob bereits Metastasen im Körper der Erkrankten zu finden sind. Hier werden zwei Stadien unterschieden:

- M0: Keine Metastasen feststellbar
- M1: Es liegen bereits Metastasen vor

Ein T1 N0 M0-Tumor hätte demnach eine sehr günstige Prognose. Weitere Informationen dazu erfragen Sie bitte von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Der Tumor wird aber noch weiter untersucht, um noch genauer feststellen zu können, welcher Tumor vorliegt, wie die Prognose ist und welche Behandlung im Anschluss an die Operation durchgeführt werden kann.

Grading

Dazu dient beispielsweise das Grading. Dabei werden die Zellen des Tumors untersucht und festgestellt, inwieweit die Krebszellen noch normalen Zellen ähneln oder ob sie sich bereits sehr stark verändert haben. Auch hier gibt es vier Stufen. Sie werden als G1 bis G4 bezeichnet. G1 bedeutet, die Zellen sind noch weitgehend normal, G4, die Zellen sind bereits vollkommen anders als normale Körperzellen. Je höher das Grading, desto aggressiver ist der Tumor.

Oberflächenanalyse

Abschließend wird noch die Tumorzelloberfläche analysiert, um festzustellen, ob das Karzinom hormonrezeptor-positiv oder hormonrezeptor-negativ ist. Auf der Tumorzelloberfläche sitzen eine Menge Rezeptoren. Diese Rezeptoren können Sie sich wie Schlösser vorstellen. Wenn der richtige Schlüssel vorbeikommt, setzt er sich auf den Rezeptor, dockt also an. Wenn die Tumorzellen auf ihrer Oberfläche hormonrezeptor-positiv sind, so wird in erster Linie von Östrogenrezeptor-positiven (abgekürzt ER+) oder Progesteronrezeptor-positiven (Prog+) Tumoren gesprochen. Beim Rezeptor, HER-2 handelt es sich um einen Wachstumsfaktor, der für die Blutgefäßversorgung des Tumors verantwortlich ist. Man kann mit bestimmten Medikamenten die Blutzufuhr des Tumors einschränken, sodass er nicht weiterwachsen kann.

Das gilt auch für eventuelle Metastasen. HER-2 ist also ein Rezeptor, der darauf wartet, dass der Schlüssel „Blutversorgung für den Tumor“ vorbeikommt. Werden dagegen allerdings bestimmte Arzneimittel, die ich weiter unten noch genauer beschreiben werde, das Schlüsselloch besetzen, können die HER-2-Wachstumsfaktoren schauen, wo sie bleiben, weil ihr Andockplatz bereits besetzt ist. Aus all diesen Tumoranalysen kann schließlich folgendes festgestellt werden:

1. Um welche Art von Tumor handelt es sich?
2. In welchem Stadium befindet sich der Tumor?
3. Wie ist die Prognose der Patientin, die Erkrankung zu überleben und wieder gesund zu werden?
4. Welche Behandlungsformen sind die sinnvollsten, um dem Tumor den Garaus zu machen?

Und da es auf jede dieser Fragen eine Vielzahl von Antworten gibt, wird die Therapie auf jede einzelne Patientin abgestimmt.

Mit dem Beginn der Krebsbehandlung kommt eine schwere Zeit auf Sie zu, in der Sie alle Ihre Kraft darauf verwenden müssen, wieder gesund zu werden. Und, das ist die gute Nachricht, sehr viele Frauen werden auch wieder gesund. Die Chancen sind also gut, dass Ihre anstrengende Therapie Ihnen wieder zur Gesundheit verhilft.

Therapie

Ich habe Ihnen ja bereits erzählt, dass der erste Schritt in der Behandlung von Brustkrebs in sehr vielen Fällen die Operation darstellt. Wenn notwendig wird zuvor noch eine Chemotherapie durchgeführt, damit der Tumor verkleinert und brusterhaltend operiert werden kann. In Österreich gelingt dies mittlerweile in über 80 Prozent der

Fälle, was noch vor wenigen Jahren eine Wunschvorstellung war.

Wenn die Geschwulst nicht in einem sehr frühen Stadium entfernt wurde, ist mit der Operation die Therapie noch nicht beendet. Jetzt beginnt das, was ich vorher als individualisierte Therapie bezeichnet habe. Nach der Analyse Ihres Tumors gibt es folgende Behandlungsoptionen:

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Antikörpertherapie
- Hormontherapie
- komplementärmedizinische Maßnahmen

Chemotherapie

Das Prinzip der Chemotherapie fußt darauf, möglichst alle Krebszellen so gut wie möglich abzutöten. Dies geschieht mit sogenannten Zytostatika (Zellgiften – das Wort ist griechisch und bedeutet Zyto = Zelle, stasis = Stillstand). Chemotherapeutika könnte man mit „Streubomben“ vergleichen. Sie töten alle schnell wachsenden Zellen in Ihrem Körper ab. Deshalb fallen Ihnen bei einer Chemotherapie beispielsweise auch die Haare aus. Die Zellen, die für unser Haarwachstum verantwortlich sind, zählen zu den schnellwachsenden Zellen und Zytostatika können nicht zwischen Krebszellen und anderen schnell wachsenden Körperzellen unterscheiden. Auch die häufig vorkommende Übelkeit während einer Chemotherapie kann auf dieses Prinzip zurückgeführt werden, denn auch in unserem Magen-Darm-Trakt finden sich viele schnell wachsende Zellen. Eine Chemotherapie nach der Entfernung Ihres Brusttumors soll dazu dienen, sämtliche noch vorhandenen Krebszellen und vor allem Metastasen zu entfernen.



Eine Chemotherapie kann mehrere Wochen dauern. Nicht immer müssen Sie dazu im Krankenhaus bleiben. Wenn Sie die Therapie gut vertragen, können Sie die Chemotherapie auch ambulant durchführen lassen. Sie gehen dann jeweils nur für die Behandlung (also die Infusion) ins Krankenhaus und können sich danach zu Hause ausruhen.

Meist erhalten Sie eine kombinierte Behandlung mehrerer Zytostatika. In der Medizin wurden dafür Schemata erstellt, die darauf abzielen, die größtmögliche Wirkung zu erzielen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen ganz genau darüber sprechen.

Da die Chemotherapie auch die Keimdrüsen schädigt, also die Eizellen in Ihrem Eierstock, ist es extrem wichtig, während der gesamten Therapiedauer und noch ein halbes Jahr danach, eine wirksame und sichere Verhütungsmethode anzuwenden. Sie denken jetzt vielleicht, dass Sie ohnehin mit Sicherheit keine Lust auf Sex haben werden. Es kann aber durchaus sein, dass Sexualität mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin Ihnen guttut – also verhüten Sie lieber.

Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen der Chemotherapie, wie etwa die Übelkeit, sind mittlerweile gut behandelbar. Es gibt Medikamente, die sogenannten Antiemetika (anti lat. gegen, emesis, lat. Erbrechen), die Sie während Ihrer Chemotherapie einnehmen können. Auch gegen andere häufige Nebenwirkungen existieren inzwischen Medikamente. Nur gegen den Haarausfall ist der Medizin noch nichts eingefallen. Viele Frauen, auch für mich wäre das bestimmt so, finden diese Nebenwirkung besonders furchtbar.

Geschichten von Frauen

Die Kärntner Autorin Johanna König, die selbst aufgrund einer Brustkrebserkrankung ihr Haar verloren hatte (inzwischen ist es wieder nachgewachsen), hat ihre Erkrankung literarisch verarbeitet. In dem Buch „Grün ist die Farbe der Hoffnung“ hat sie sich auch mit dem Thema Haarverlust auseinandergesetzt. Sie hatte sich dazu entschlossen, sich den Kopf rasieren zu lassen, bevor die Haare endgültig ausfielen. Freundlicherweise hat sie mir gestattet, diese Stelle aus ihrem Buch zu zitieren:

„4. Januar 2007/21.15 Uhr

Morgen gebe ich mein Haar her.

Morgen gebe ich mein Haar her.

Morgen gebe ich mein Haar her.

Morgen gebe ich mein Haar her.

Zuerst müssen die Fäden aus der Port-a-Cath-Wunde, die übrigens gut heilt, trotz des Gifts Xeloda, das ich täglich in achtfacher Dosierung schlucke, gezogen werden.

Dann, zwischen 12 und 14 Uhr, bin ich beim Friseur angemeldet.

Mein Herz flattert. Es rumpelt und brummt, es stolpert und rumort. Was das wohl wieder ist?

Perücke ist bestellt, ich habe schicke Tücher, Mützen und Turbane. Es wird/muss gehen.

Manchmal wünsche ich mir in diesen Tagen, ich könnte meinen Schutzengel sehen, damit er mir versichert, dass ich das alles gut überstehen werde. Aber das Leben verspricht dir gar nichts, keinen Geist und keinen Schutzengel. Oft erscheint mir die Einsamkeit in der Krankheit wie ein Warten, und ich bitte Gott, dieses Warten von mir zu nehmen. Wäre es Herbst, würden die Blätter vor meinem Fenster fallen. Es ist nicht Herbst, es ist Winter. Ein milder Winter, der keinen Schnee brachte, sondern nur ein wenig Kälte, und die nicht richtig.

Die Liebespaare, die ich an der Seepromenade spazieren sehe, erinnern mich an eine vergangene Liebe, die mir viel bedeutete. Ich habe die blauen Augen dieser Liebe nicht verwunden. Ich vermisse die Arme,

die mich hielten. Und der Geliebte leidet unter mir. Ob da noch irgendwo irgendjemand anderer für mich ist?

Den Geliebten gibt es schon wieder nicht. Er verlässt mich immer wieder, weil er mich nicht aushält. Weder mit noch ohne Krankheit.

Erinnere mich an unsere Zukunft, sagte der Geliebte, bevor er ging. Das ist alles, woran ich jetzt denken kann.

5. Januar 2007/8.15 Uhr, zu Hause

Nicht so schlecht geruht, mit dem Gefühl der Hoffnung aufgewacht. Seltsam. Ich habe Hoffnung. Was für ein wundervolles Gefühl heute Morgen.

Die Nähte des Port-a-Cath kommen heute heraus, und dann habe ich den Termin beim Friseur.

Heute gebe ich mein Haar her.

Für meine Gesundheit, für vielleicht noch einige läppische Jahre auf dieser Welt, um die ich gebettelt habe.

Bei der Besprechung, wie denn nun der Zopf abgeschnitten werden soll, kann ich noch tapfer die Augen offen halten. Nachher, denke ich, werde ich die Augen schließen. Nachher aber schließe ich die Augen doch nicht gleich. Ich kann es nicht fassen, wie die Schwere meiner Haare schwindet. Die Schere und das Rasiergerät schnipseln und fegen über einen Teil meiner Identität, ich falle in ein schwarzes Loch, darin sitze ich allein und weine um mein Haar.

Die Trauer im Gesicht meiner Tochter Elisabeth spiegelt meine stille Trauer wider.

Die junge Friseurin ist gegangen. Sie musste weinen und entfernte sich, weil sie es nicht ausgehalten hat, bei der Schur zuzusehen. Es ist kalt auf der Kopfhaut ohne meine Haare. Die Perücke wartet schon.“

Quelle: Der zitierte Abschnitt stammt aus dem Buch „Grün ist die Farbe der Hoffnung – Ein etwas anderes Buch zum Thema Krebs“ von Johanna König. Zitiert wurde aus den Seiten 86–88. Verlag Herma-goras/Mohorjewa. Klagenfurt, Laibach, Wien. 2008

Strahlentherapie

Vor allem bei brusterhaltenden Tumorentfernungen wird die Strahlen- ebenso wie die Chemotherapie nach der Entfernung des Karzinoms dazu eingesetzt, eventuell noch vorhandene Tumorreste, die mit freiem Auge nicht erkannt werden können, weil sie mikroskopisch klein sind, zu entfernen.

Wird keine Chemotherapie verabreicht, kann die Strahlentherapie rund sieben Wochen nach der Operation begonnen werden. Wenn zuvor noch eine Chemotherapie durchgeführt wird, fängt die Behandlung nach dem Ende der Chemotherapie oder nach der Hälfte der Therapie mit Zytostatika (in einer Therapiepause) an.

Bei dieser Therapiemethode werden die gesamte Brust, das umliegende Fettgewebe, die Brustinnenwand und eventuell betroffene Lymphknoten und die Haut bestrahlt. Gleichzeitig wird darauf geachtet, Herz und Lunge und nicht betroffenes Gewebe so weit wie möglich zu schonen.

Die Bestrahlung wird für jede Patientin individuell geplant. Dazu werden Computertomographien des zu bestrahlenden Gewebes angefertigt, um genau feststellen zu können, wo bestrahlt werden muss. Der Bestrahlungsplan setzt dann fest, wie oft und wie lange die Patientin bestrahlt werden muss. Eine Bestrahlung dauert nur wenige Minuten und tut nicht weh. Insgesamt kann eine Strahlentherapie mehrere Wochen dauern, wobei es durchaus sein kann, dass Sie bis zu fünfmal wöchentlich zur Therapie gehen müssen. Häufigere Therapien bei niedrigeren Strahlendosen haben sich, was die Nebenwirkungen betrifft, als günstiger erwiesen, als seltenere, dafür höher dosierte Bestrahlungen.

Nebenwirkungen

Wie bei der Chemotherapie kann es auch unter einer Strahlentherapie zu Nebenwirkungen kommen. Es werden akute (also unmittelbar nach einer Behandlung) und späte (können Wochen oder auch



Monate nach der Strahlenbehandlung auftreten) Nebenwirkungen unterschieden. Zu den akuten Nebenwirkungen zählt etwa eine Rötung und Entzündung der Haut im Bestrahlungsgebiet. Manchmal treten auch Übelkeit und Müdigkeit auf. Diese Nebenwirkungen bilden sich nach Beendigung der Strahlentherapie in den meisten Fällen wieder völlig zurück, wiewohl eine gewisse Rötung bzw. Verfärbung und Veränderung der Haut im bestrahlten Gebiet für immer zurückbleiben kann.

Die spät auftretenden Nebenwirkungen betreffen die Brust. Sie kann sich durch die Bestrahlung verkleinern und verfestigen. Eine gefürchtete Langzeitnebenwirkung ist der Lymphstau in Arm, der durch die Entfernung der Lymphknoten und ungünstige Belastung auftreten kann. Eine Bestrahlung der Achselhöhle erhöht das Risiko eines Lymphstaus.

Auch auf diesem Gebiet wird intensiv an neuen Methoden geforscht. So besteht in manchen Krankenhäusern die Möglichkeit, das Tumorbett und das umliegende Gewebe (das Tumorbett ist der Ort, an dem der Tumor gesessen hat) unmittelbar nach der Operation – noch vor dem Verschluss der Wunde zu bestrahlen. Dabei sind Sie in Vollnarkose. Bisher zeigte diese Methode gute Ergebnisse. Sie ist aber noch keine Standardtherapie. Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt, welche Möglichkeit der Strahlentherapie für Sie die beste ist. Informieren Sie sich in Ihrer Selbsthilfegruppe, bei der Krebs-hilfe oder im Internet.

Antikörpertherapie

Zu den wichtigsten Waffen im Kampf gegen Brustkrebs zählt die Antikörpertherapie. Diese kann zum Beispiel angewendet werden, wenn Ihr Tumor HER-2-positiv ist. Das sind etwa 20 bis 30 Prozent aller Brustkrebsfälle. Frauen, die an einem solchen Tumor erkrankt sind, profitieren von einer Behandlung mit dem Antikörper Trastuzumab, der im Jahr 2000 zur Behandlung von Brustkrebs zugelassen wurde.

Dieser Antikörper, der den Wachstumsfaktor-Rezeptor blockiert und so dabei mithilft, den Tumor zu verkleinern, wird sowohl gemeinsam mit einer Chemo- und Strahlentherapie, als auch als alleinige Therapie nach der Operation und Entfernung des Tumors verabreicht. Wird die Therapie im Frühstadium der Erkrankung eingesetzt, dauert die Behandlung etwa ein Jahr, wobei der Antikörper entweder wöchentlich oder dreiwöchentlich mittels Infusion verabreicht wird. In einem späteren Krankheitsstadium kann die Therapie so lange durchgeführt werden, wie sie Wirkung zeigt.

Ein zweiter Antikörper, der in der Brustkrebsbehandlung eingesetzt wird, ist Bevacizumab. Es zielt vor allem auf die Blutversorgung des Tumors ab und funktioniert genauso wie Trastuzumab, indem es Rezeptoren an der Tumoroberfläche besetzt, die ansonsten von Wachstumsfaktoren für Blutgefäße des Tumors benötigt werden, der Tumor wird damit ausgehungert. Dies wird auch Antiangiogenese genannt (anti. lat. gegen, gionese lat. Gefäßbildung).

Hormontherapie

Das weibliche Sexualhormon Östrogen stimuliert das Wachstum hormonempfindlicher Tumoren, wenn deren Gewebe spezielle Bindungsstellen (Rezeptoren) für Hormone aufweist. Das wird im Rahmen einer feingeweblichen Untersuchung geprüft, nachdem die Geschwulst operativ entfernt wurde. Finden sich Rezeptoren, lautet das Ergebnis „Hormonrezeptor-positiv“. Dann ist eine Behandlung mit Hormonen, Antihormonen oder Substanzen, die die Produktion von Hormonen unterdrücken, sinnvoll.

Medikamentöse Hormontherapien setzen an unterschiedlichen Stellen des Hormonregelkreises an. Zu diesen Wirkstoffen oder Wirkstoffgruppen gehören beispielsweise Tamoxifen, Aromatase-Hemmer oder GnRH-Analoga.

Tamoxifen

Tamoxifen ist ein Antiöstrogen. Es versperrt den Östrogenen den Weg in den Krebszellkern, so dass die Östrogene das Krebswachstum nicht mehr anregen können. Am effektivsten wirkt Tamoxifen bei älteren Frauen, in deren Tumorgewebe Östrogenrezeptoren gefunden wurden. Mittlerweile wurde und wird Tamoxifen aber als Goldstandard von den sogenannten Aromatasehemmern abgelöst.

Aromatasehemmer

Das weibliche Sexualhormon Östrogen stimuliert das Wachstum hormonempfindlicher Tumoren. Östrogen wird mit Hilfe des Enzyms Aromatase aus Hormonvorstufen gebildet, die hauptsächlich aus der Nebenniere stammen. Aromatasehemmer verhindern diesen Umwandlungsprozess, indem sie das Enzym Aromatase blockieren und dadurch den Östrogenspiegel im Körper reduzieren. Diese Medikamente können bei Frauen nach den Wechseljahren, wenn kein Östrogen mehr produziert wird, eingesetzt werden. Aber auch Frauen, die noch nicht in den Wechseljahren sind, können von dieser Behandlung profitieren. Für die Zeit der Therapie werden diese Patientinnen mit Hilfe von Medikamenten vorübergehend „in die Wechseljahre“ versetzt.

Die neuen Aromatasehemmer sind hoch selektiv: Sie blockieren ausschließlich das Enzym Aromatase. Sie haben keinen Einfluss auf die Umwandlungsprozesse anderer Hormone und weisen deshalb geringe Nebenwirkungen auf.

GnRH-Analoga

GnRH-Analoga, auch GnRH-Agonisten genannt, sind so ähnlich aufgebaut wie ein bestimmtes, vom Gehirn produziertes, körpereigenes Hormon namens GnRH. Die künstlich hergestellten GnRH-Analoga belegen die Stellen an der Hirnanhangdrüse, die eigentlich für das körpereigene Hormon vorgesehen sind, lösen aber im Gegensatz zum körpereigenen Hormon keine Östrogenausschüttung aus.

In der Folge sinkt der Östrogenspiegel ab, die Krebszellen werden nicht mehr zum Wachsen angeregt. Der Vorteil der GnRH-Analoga gegenüber einer operativen Entfernung der Eierstöcke, die den gleichen Effekt erzielt, liegt darin, dass der Östrogenspiegel nach Absetzen der Medikamente wieder ansteigt und die künstlich hervorgerufenen Wechseljahre beendet werden können.

Komplementärmedizinische Maßnahmen

Krebs ist eine ungeheuer gefürchtete Erkrankung. Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt sind, greifen nach jedem Strohalm, der ihnen Besserung oder sogar Heilung ihrer Erkrankung verspricht. Nicht selten nutzen dies Geschäftemacher dazu aus, die obskure Heilverfahren und Therapiemethoden anbieten, die den Krebs nicht nur nicht bessern, sondern sogar verschlimmern können. In Österreich gilt der Standard der Brustkrebsbehandlung als sehr hoch. Bitte begeben Sie sich in die Hände erfahrener MedizinerInnen und besprechen Sie jedwede Maßnahme, die Sie außerhalb der schulmedizinischen Therapie versuchen wollen, vorher mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Komplementärmedizinische Maßnahmen, die den Heilungsverlauf unterstützen und/oder dafür sorgen, dass Sie sich besser fühlen, können eine sinnvolle Ergänzung Ihrer Krebsbehandlung darstellen. Nachfolgend finden Sie einige Maßnahmen, die zwar schulmedizinisch noch nicht bis ins letzte abgesichert, die allerdings in der Praxis bis dato hilfreich gewesen sind.

Misteltherapie

Eine sehr bekannte komplementärmedizinische Maßnahme ist die Misteltherapie. Extrakte aus dieser Pflanze, die auf Bäumen siedelt, sollen das Immunsystem stärken und das Wachstum des Tumors bremsen. In Laborversuchen konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass Mistelpräparate Krebszellen abtöten und/oder am Wachstum hindern können.



Am Menschen wurde das allerdings noch nicht getestet.

Trotzdem wenden viele OnkologInnen Misteltherapien an, weil ihre Patientinnen berichten, dass sie damit weniger Beschwerden durch die Krebsbehandlung haben, ihr Appetit zunimmt und sie weniger Schmerzen verspüren. Viele Betroffene berichten, dass sich durch die Behandlung mit Mistelextrakt insgesamt ihr Wohlbefinden verbessert.

Auch Homöopathie, die Einnahme antioxidativ wirkender Vitamine und Spurenelemente oder Akupunktur können als Zusatzbehandlung bei einer Krebstherapie hilfreich sein. In (fast) jedem österreichischem Zentrum für Brustkrebsbehandlung finden Sie spezialisierte ÄrztInnen, die mit Ihnen besprechen, welche komplementärmedizinischen Maßnahmen für Sie sinnvoll sein können.

Geschichten von Frauen

Maria ist heute 50. Als sie 42 war, entdeckte sie selbst einen Knoten in der Brust, der sich als bösartig herausstellte. Wie sie ihre Krankheit erlebte und überwand, erzählt sie nun:

„Ich jetzt also auch.“ Verblüfft und verwundert vernehme ich die Diagnose. Das Entsetzen kommt erst später, viel später. Und ein Gedanke war gar nie da: „Warum gerade ich?“

Der Knoten in der Brust ist also bösartig, Krebs mag ich nicht denken. Das Wort scheint mir zu obszön, damit hab ich mich erst später angefreundet.

Das Ganze begann schon einige Monate zuvor, im Sommer. Es war Zufall – oder wohl auch Glück –, dass ich den Knoten selbst entdeckte. Er war in der linken Brust ziemlich nah unter der Oberfläche. Die Rädchen begannen sich zu drehen: Termin bei meiner Frauenärztin, Termin beim Röntgenologen, der sich als unsensibler Ignorant entpuppte. Aber das traf mich noch gar nicht so sehr, denn ich war überzeugt, dass das alles nur ein Irrtum sein konnte, eine harmlose Gewebsverdichtung.

Die Entfernung des Knotens schien noch nicht ganz so dringend zu sein – eine Biopsie wurde gar nicht angedacht. Meine Frauenärztin empfahl mir eine Klinik, in der die chirurgische Oberärztin Brustspezialistin war, und so vereinbarten wir einen OP-Termin für Mitte November.

Der Knoten wurde entfernt und ich freute mich, dass man die Wunde fast gar nicht sah, weil die Naht ganz nah an der Brustwarze war. Doch die Chirurgin dämpfte meinen Optimismus. Es würde nicht gut aussehen, wahrscheinlich würde man nochmals operieren müssen. Das Gewebe sei zur Pathologie geschickt worden, um eine genaue Analyse zu erhalten.

Und dann die Gewissheit: ein bösartiger Tumor, der sich in den Milchgängen ausgebreitet hat. Doch Glück im Unglück sei der Tumor in situ, also noch nicht ins umliegende Gewebe übergegangen. Man müsse allerdings die linke Brust komplett entfernen, aber ich bräuchte keine Chemo- und keine Strahlentherapie. Die Oberärztin steht etwas verlegen an meinem Bett als sie mir die Nachricht bringt. „Nein, auf gar keinen Fall, ich lasse mir die Brust nicht entfernen. Man kann doch keinen Körperteil weg-schneiden und auf den Müll werfen, nur weil er nicht funktioniert.“ In mir ist alles auf Abwehr. Die Ärztin setzt sich auf mein Bett. Wir diskutieren. Sie versucht mir die Dringlichkeit klarzumachen, doch ich schalte auf stur. Nach einer langen Weile geht sie schließlich. In meinem Kopf wirbeln die Gedanken. So geht das nicht, so kann ich nicht damit fertigwerden. Ich brauche Zeit. Langsam reift ein Entschluss.

Am nächsten Morgen kommt die Ärztin wieder. Es ist ihr erster Weg an mein Bett nach dem Betreten der Klinik. Sie versucht wieder zu argumentieren und wiederholt auch meine Argumente vom Vortag. Das rechne ich ihr hoch an. Sie hat anscheinend auch lange nachgedacht. Doch ich bin entschlossen: Ich muss raus aus dem Krankenhaus, brauche Zeit zum Nachdenken, möchte mit anderen Ärzten sprechen. Das versteht sie. Sie lässt mir alle Befunde kopieren, und ich muss ihr versprechen, dass ich sie auf dem Laufenden halte, ihr sage, wie ich mich entscheiden, was ich tun werde.

Dann bin ich draußen. Als Erstes rufe ich meine Frauenärztin an und dann noch andere Ärzte – Krebsspezialisten und Chirurgen –, die mir empfohlen werden. Und ich lege mir ein Heft zu, in dem ich alle Fragen notiere, die mir einfallen und die Antworten, die ich erhalte und neue Fragen dazu. So gewappnet beginnt meine Suche nach einer Lösung, mit der ich umgehen kann. Einen ersten Hoffnungsschimmer gibt es recht bald. Der chirurgische Oberarzt einer anderen Klinik bestätigt, dass die Brust entfernt werden müsse, doch er biete mir eine Simultan-Operation an. Dabei würde ein plastischer Chirurg zugezogen, und in einer einzigen Operation würde die Brust entfernt und gleichzeitig mit Eigengewebe (Fett und Muskeln aus dem Bauch) eine neue Brust aufgebaut werden. Ich bekomme einen Termin beim plastischen Chirurgen, der mir gleich ein Treffen mit einer Patientin vermittelt, die ebenfalls einen Brustaufbau bekommen hat. Und ich bekomme viele, viele Telefonnummern von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren, oder ich werde selbst angerufen. Das ist eine schöne Erfahrung. Ich treffe mich auch mit einigen von ihnen in diversen Kaffeehäusern oder Lokalen – und all diese Frauen machen mir Mut. Sie haben es bereits geschafft, erzählen mir von ihrer Situation, wie sie mit der Angst und dem Entsetzen umgegangen sind – und ich schwöre mir: Wenn ich alles überstanden habe, möchte ich auch für andere Frauen da sein, sie unterstützen und ihnen Mut machen (leider musste ich das mittlerweile schon viel zu oft tun).

Nun also die Operation. Sie dauerte recht lang und die ersten Wochen danach waren recht mühsam – vor allem die riesige Bauchwunde war schmerzhaft. Doch der menschliche Körper ist ein Wunderwerk – und er hat unendlich viel Kraft zur Regeneration. Was mich am meisten erstaunte, war, dass sich nach einigen Monaten/Jahren sogar wieder Nerven im Brustaufbau bildeten, die ja durch die Operation zerstört worden waren.

Einige Zeit nach der Operation musste ich zur Krebsnachsorge auf die Onkologie. Dort legte man mir eine Hormontherapie nahe. Ich war verunsichert

und auch mein Widerstand regte sich wieder. Ich besorgte mir alle Informationen, die ich zu dieser Therapie finden konnte – und beim nächsten Gespräch lehnte ich die Therapie ab. Ich hatte das Gefühl, dass die Verordnung dieser Therapie nur alibimäßig und für mich gar nicht nötig war. Meine Entscheidung wurde auch ohne Diskussion sofort akzeptiert, was mich in meinem Empfinden nur weiter bestärkte. Ich konsultierte dann einen Arzt, der auf Krebsnachsorge spezialisiert war und machte einige sogenannte alternative Therapien. Auch besprach ich alles mit meiner Frauenärztin.

Ich lehne keinesfalls die Medizin, das Wissen und Können der ÄrztInnen ab – im Gegenteil, ich weiß, dass mir die Medizin das Leben gerettet hat –, aber jeder Mensch ist für sich selbst verantwortlich. Und es ist wichtig, sich selbst zu informieren, mit vielen ÄrztInnen und mit betroffenen Frauen zu sprechen und vor allem ein Gespür für sich selbst zu entwickeln.

Mittlerweile sind acht Jahre vergangen. Ich gehe regelmäßig zur Kontrolle, ironischerweise in jene Klinik, in der mir der Knoten entfernt wurde, in der ich so lange mit der Oberärztin diskutiert hatte. Und jedes Mal, wenn ich komme, strahlt sie mich an und meint „Sie haben die richtige Entscheidung für sich getroffen.“ Das ist schön.

Und ich verstecke meine Narben nicht. Wenn ich in die Sauna gehe, spüre ich die verunsicherten Blicke der andern. Niemand traut sich zu fragen, und ich denke mir: „Schaut nur, dass kann jeder von euch auch passieren, jederzeit ...“

Und ich versuche, für andere betroffene Frauen da zu sein, wenn sie mich brauchen, weil ich weiß, wie viel Kraft ein Gespräch geben kann.

Seit einigen Jahren existiert – aus den USA kommend – auch in Österreich die Initiative „Breastfriends“. In den USA wurde diese Initiative ins Leben gerufen, um krebserkrankte Frauen und ihre besten FreundInnen zu würdigen sowie klar darzustellen, wie wichtig die Unterstützung von „besten“ FreundInnen für Krebspatientinnen sein kann.



Stellvertretend für viele Frauen und ihre Breastfriends möchte ich Ihnen nachfolgend die Geschichte von Rosemary Moritz, einer Immobilienmaklerin aus Kanada und ihrer „Breastfriend“ Marcia Cross (sie spielt die Bree in der Fernsehserie „Desperate Housewives“) erzählen:

Marcia Cross:

„Als bei Rosemary Brustkrebs diagnostiziert wurde, hatte ich zuerst einfach nur Angst um sie und fühlte mich vollständig hilflos. Es war schlichtweg entsetzlich.“

Seit wir uns vor über 10 Jahren in einer Schauspielklasse kennengelernt hatten, war Rosemary meine beste Freundin und wir waren seit damals immer für einander da. Ich war zu dem Zeitpunkt, als sie die Diagnose erfuhr, gar nicht in der Lage, mir vorstellen zu können, was uns noch bevorstand.

Rosemary war ein paar Jahre zuvor nach Vancouver gezogen und ich fühlte zum ersten Mal, was die geografische Distanz ausmachte. Die Diagnose war kurz vor Weihnachten gestellt worden – ich organisierte daher für Rosemary und ihre Familie kurzerhand eine Reise von Vancouver nach Los Angeles, damit sie die Feiertage mit mir und einigen Freundinnen verbringen konnte. Wir waren außer uns vor Sorge und wollten sie einfach bei uns haben. Zu diesem Zeitpunkt wussten wir noch sehr wenig über Brustkrebs und wollten ihr dabei helfen, mehr über diese Krankheit zu erfahren.

Ich schickte ihr das „Breast Book“ von Dr.ⁱⁿ Susan Love, da ich gehört hatte, dass es einer der besten Ratgeber zum Thema Brustkrebs sei. Es beschäftigt sich mit allen Aspekten – von den Gefühlen, die mit der Diagnose Brustkrebs auftauchen bis hin zu Informationen über die neuesten Behandlungsmethoden. Rosemary fand darin alle Informationen, die für sie in dieser Situation wichtig waren. Ich brachte Rosemary dann auch noch persönlich mit Dr.ⁱⁿ Love in Kontakt. Damit wollte ich sicherstellen, dass all ihre weitergehenden Fragen kompetent beantwortet werden. Rosemary sagte mir später, dass diese Art von praktischer Hilfestellung für sie von enormem

Nutzen war, denn so hatte sie die Möglichkeit bekommen, sich so gut wie nur irgend möglich über ihre Krankheit zu informieren.

Meine Freundinnen und ich beschlossen, Rosemary jeden Tag, an dem sie zur Chemotherapie musste, ein spezielles Geschenk zu machen. Nach jeder Behandlung fand sie also dann zu Hause ein kleines Geschenk von uns vor – als Belohnung für ihre Tapferkeit und als Erinnerung, wie sehr wir sie lieben, und als Zeichen dafür, dass wir – auch wenn wir während der Behandlung nicht immer bei ihr sein konnten – dennoch mit unseren Herzen bei ihr waren.

Rosemarys Erfahrungen brachten mich dazu, am Revlon-Lauf für Frauen im nächsten Jahr teilzunehmen. Es geht dabei darum, Spendengelder für die Brustkrebs-Forschung zu sammeln. Seit damals engagiere ich mich für eine ganze Reihe von Aktivitäten, die die Awareness gegenüber dem Thema Brustkrebs fördern. Bei meinen Aktivitäten habe ich viele bewundernswerte und inspirierende Frauen getroffen, die an Brustkrebs leiden. Ihre bewegenden Geschichten zeigen mir, wie unterschiedlich Frauen mit ihrem jeweiligen Schicksal umgehen. Und wie unterschiedlich und individuell die Hilfe ist, die jede einzelne Frau benötigt. Manche brauchen praktische Hilfe, beispielsweise die Kinder von der Schule abzuholen, oder Hilfe für den Haushalt zu organisieren, während andere einfach jemanden brauchen, dem sie erzählen können, wie es ihnen gerade geht und was sie gerade durchmachen.

Die „Breast Friends“-Idee entsprach genau dem, was Rosemary und ich waren und daher nahmen wir auch an dem Foto-Shooting teil. Mit einer Freundin diese so intensive Phase der Diagnose und Therapie von Brustkrebs durchzumachen, war nicht einfach, aber ich wollte in jeder Hinsicht für sie da sein. Daher auch mein Aufruf: Wenn Sie eine Freundin haben, bei der Brustkrebs diagnostiziert wird, lassen Sie sie den Weg nicht allein gehen! Sie können ihr wirklich helfen!“

Rosemary Moritz:

„Ich hatte keine Ahnung, dass es Krebs sein könnte.“

Der Knoten in meiner Brust wurde bei einer Routine-Untersuchung gefunden, aber selbst zu diesem Zeitpunkt war ich felsenfest überzeugt, dass es keinen Grund zur Sorge gab. Als der Befund dann aber vorlag, traf es mich wie der Blitz: Ich hatte Brustkrebs!

Die Welt stand still. Ich konnte es einfach nicht glauben dass ich, eine gesunde und sportliche Frau, ohne irgendwelche Symptome, Brustkrebs hatte. Ich war wie betäubt, gefühllos und starr vor Entsetzen. Die Operation fand schon ein paar Tage später statt. Alles passierte viel zu schnell, um es irgendwie verarbeiten zu können.

Aber meine engsten Freundinnen waren während dieser ganzen schrecklichen Zeit für mich da. Während der Strahlentherapie rief mich meine Freundin Marcia jeden Tag an, und wir sprachen lange über meine Ängste und meine Gefühle. Sie kam zu mir nach Vancouver, so oft sie nur konnte, und ich wusste, sie war mit ihrem Herzen bei jedem Schritt meines Weges bei mir.

Die Unterstützung meiner engsten Freunde und Freundinnen und meiner Familie gaben mir eine immense Stärke. Ich kann mir gar nicht vorstellen, wie es gewesen wäre, hätte ich das alles allein durchmachen müssen. Von Anfang an traf ich mich auch mit anderen Brustkrebspatientinnen und versuchte, möglichst viel über meine Krankheit herauszufinden – auch über alle Behandlungs- und Therapiemethoden. Es war für mich einfach enorm wichtig, alles über „meinen“ spezifischen Brustkrebs zu erfahren. Auch um genau zu wissen, was ich meine Ärzte und Ärztinnen fragen musste.

Ich fand heraus, dass ein spezieller Test, der entschied, ob ich eine bestimmte Behandlung benötigte, nicht durchgeführt worden war. Durch meine intensive Beschäftigung mit dem Thema wusste ich, dass jede Form von Brustkrebs seine spezifische, maßgeschneiderte Behandlung braucht und dass es nicht EINE Therapie gibt, die für ALLE Brustkrebsarten die richtige ist. Ich bin sicher, dass die Fragen, die ich stellte, wesentlich dazu beigetragen haben, dass letztlich die richtigen Tests durchgeführt worden sind.

Und dadurch wiederum habe ich jene Behandlung erhalten, die für „meine Art“ von Brustkrebs die spezifische, die „richtige“ ist. Nur so hatte ich die größtmöglichen Chancen auf Erfolg.

Ich möchte allen Frauen, die mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert sind, aus eigener Erfahrung sagen: Es ist extrem wichtig, sich so gut wie nur irgend möglich über die Krankheit zu informieren. Denn es ist in dieser ersten Phase nach der Diagnose einfach erforderlich, innerhalb kurzer Zeit wichtige Entscheidungen zu treffen. Mein Rat dazu: Umgeben Sie sich mit jenen, die Sie lieben und die Ihnen dabei helfen, dass Sie sich mit so viel Wissen wie nur irgend möglich wappnen, um Ihre Entscheidungen möglichst informiert treffen zu können.

Nun bin ich krebsfrei und betreibe mein eigenes Immobilienbüro in Vancouver. Meine Erkenntnis aus der Krebserkrankung ist, dass man nichts im Leben für selbstverständlich nehmen sollte. Ich habe heute auch eine viel größere Achtung und Wertschätzung für alles – auch für die ganz kleinen Dinge. Seit der Zeit meiner Krankheit ist mir auch bewusst geworden, wie sehr ich die Menschen rund um mich brauche. Ich wäre ohne sie einfach verloren gewesen – ohne die kontinuierliche Hilfe, Unterstützung und Kraft, die mir mein Mann, Marcia und noch viele andere Menschen gegeben haben. Bei der „Breast Friends“-Kampagne mit dabei zu sein, ist für mich daher äußerst wichtig. Auf diese Weise kann ich anderen Frauen dabei helfen, sich Unterstützung bei ihrem Kampf gegen den Brustkrebs zu holen.“

Quelle der Geschichte: www.europadonna.at